

診療情報提供書（MRI検査依頼書）

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6192
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

患者情報				依頼元医療機関			
フリガナ				住所			
氏名				医療機関名			
生年月日	年	月	日（満歳）	電話番号			
性別	男・女	身長	cm	FAX番号			
体重	kg			医師名			
妊娠の可能性	☐ なし ☐ あり	※ 妊娠の可能性ありの場合には 検査を行えない場合があります。					
住所	〒			関東病院 受診歴	☐ あり 【診察券番号】 ☐ なし ☐ 不明		
電話番号							

検査希望日	第1希望	年	月	日	時頃
	第2希望	年	月	日	時頃
※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡をいたします。					
検査部位 (1つ選択)	☐ 脳 ☐ 脳+脳血管(MRA) ☐ 下垂体 ☐ 眼窩 ☐ 聴器 ☐ 頸部 ☐ 胸部/縦隔 ☐ 乳房 ☐ 上腹部 ☐ 上腹部(MRCP) ☐ 骨盤部 ☐ 腎尿管膀胱(MRU) ☐ 頭頸部血管 ☐ 胸部血管 ☐ 腹部血管 ☐ 骨盤部~下肢血管 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎 ☐ 股関節				

☐ 右・左 上肢 () ※
☐ 右・左・両 下肢 () ※

※四肢については左右を○で囲み、手、膝、前腕など具体的部位を括弧内に記入してください。